

**Gesundheitsfragebogen**

Bitte ausfüllen und zum Termin im Röntgeninstitut mitnehmen

Ihre Dossier Nr.  
«IdDossier»

**Persönliche Angaben**

Name	Lediger Name
Vorname	Geburtsdatum
Adresse	Beruf/Tätigkeit
PLZ / Ort	Muttersprache
Tel. P	Handy-Nr.
Tel. G	E-Mail
Krankenkasse	Versicherungs-Nr.
Nationalität	AHV-Nr.
Bemerkungen	

Das Ergebnis der Untersuchung wird Ihnen und Ihrer Frauenärztin/Ihrem Frauenarzt innerhalb von acht Arbeitstagen schriftlich mitgeteilt.

**Bitte nennen Sie uns Ihre Frauenärztin/  
Ihren Frauenarzt**

Bitte senden Sie das Ergebnis auch an:  
 Hausärztin/-arzt  andere/n Ärztin oder Arzt

Name	Name
Vorname	Vorname
Adresse	Adresse
PLZ/Ort	PLZ/Ort

**Warum stellen wir Ihnen Fragen zu Ihrer Gesundheit?** Ihre Angaben auf diesem Fragebogen sind wichtig für die zwei Röntgenärzte, die unabhängig voneinander Ihre Mammografie-Bilder beurteilen.

**Ich habe diesen Fragebogen schon einmal ausgefüllt. Muss ich ihn noch einmal ausfüllen?**  
JA, denn seit Ihrer letzten Mammografie haben sich möglicherweise Angaben verändert.

1. Wurde bei Ihnen schon einmal eine Mammografie gemacht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls Ja, wann?	Datum:
Falls Ja, warum?	Name des Instituts:
	<input type="checkbox"/> Früherkennung
	<input type="checkbox"/> Probleme mit der Brust
	<input type="checkbox"/> andere Gründe
	<input type="checkbox"/> weiss nicht
2. Werden Sie mit Hormonpräparaten behandelt?	<input type="checkbox"/> nein
Wurden Sie früher mit Hormonpräparaten behandelt?	<input type="checkbox"/> ja, seit _____ Jahren
	<input type="checkbox"/> nein, noch nie
	<input type="checkbox"/> ja, wann zuletzt: _____ Dauer: _____ Monate

– bitte wenden –

3. Ist Ihre Mutter, Schwester oder Tochter an Brustkrebs erkrankt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
<b>Falls ja, wie alt waren diese zum Zeitpunkt der Brustkrebs-Diagnose?</b>	<b>Ihre Mutter</b>	<b>Ihre Schwester</b>	<b>Ihre Tochter</b>	
50 Jahre oder älter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jünger als 50 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
weiss nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

  

4. Haben Sie gegenwärtig Brustbeschwerden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<b>Falls ja:</b>	<b>Brust rechts</b>	<b>Brust links</b>
Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flüssigkeitsaustritt aus der Brustwarze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Veränderungen (bitte nähere Angaben dazu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

  

5. Hatten Sie in der Vergangenheit bereits eine Brustoperation?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
<b>Falls ja:</b>	<b>Brust rechts</b>	<b>Brust links</b>	<b>Kurze Beschreibung</b>	<b>Jahr</b>
Eine gutartige Veränderung (Zyste, Fibrom, usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Brustkrebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Brust-Vergrösserung und/oder Brust-Verkleinerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Weiss nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Andere (bitte ergänzen):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

## Wichtig – Einverständniserklärung

### Mit meiner Unterschrift stimme ich zu, dass

- meine bisher erstellten und aufbewahrten Mammografie-Bilder dem verantwortlichen Arzt des Radiologieinstituts und den akkreditierten Radiologen übermittelt werden können.
- meine Daten in anonymisierter Form für statistische Zwecke und für die Qualitäts- und Wirksamkeitskontrolle des Brustkrebs-Früherkennungs-Programms, bearbeitet und archiviert werden können.
- die Ergebnisse im Zusammenhang mit einer möglichen Brusterkrankung bei meinen behandelten Ärzten eingeholt werden können. Ich entbinde diese hiermit von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den Ärzten des Programms zur Brustkrebs-Früherkennung und dem Krebsregister. Diese Daten werden vertraulich und gemäss der ärztlichen Schweigepflicht behandelt.
- beim Krebsregister die für die Qualitäts- und Wirksamkeitskontrolle des Brustkrebs-Früherkennungs-Programms erforderlichen Daten über eine mögliche Brustkrebserkrankung eingeholt werden können. Ich entbinde die Ärzte des Krebsregisters und deren Hilfspersonen hiermit von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den Ärzten des Programms zur Brustkrebs-Früherkennung.
- Ich mich über die Brustkrebs-Früherkennung informiert habe.

Diese Einverständniserklärung kann von mir jederzeit widerrufen werden.

Ort/Datum:

Unterschrift:

.....

Falls Sie Unterstützung beim Ausfüllen des Gesundheitsfragebogens benötigen, hilft Ihnen das Programmzentrum in der Krebsliga beider Basel gerne weiter: **Telefon 061 319 91 70.**

**Angaben kontrolliert/ausgefüllt vom Screening-Personal (Name, Vorname):**

.....